



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : <https://www.krankenkasseninfo.de/>

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **AOK Bayern** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **AOK Bayern** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **AOK Bayern** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **AOK Bayern** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Meine Wahl – AOK Bayern.



Ich werde vorbehaltlich eines Ausbildungsvertrages
 mit Beginn meines Ausbildungs-/Beschäftigungsverhältnisses
 ab _____ Mitglied der AOK. Ich bin über mein Krankenkassenwahlrecht informiert.

Name* _____ Vorname* _____ Geburtsdatum* _____ männl.* weibl.*

Geburtsname* _____ Geburtsort* _____ Staatsangehörigkeit* _____

Straße und Hausnummer* _____ Postleitzahl und Wohnort* _____

Telefon (für Rückfragen) _____ Mobil _____ E-Mail _____

bisherige Krankenkasse _____ von – bis _____

Ich war bisher:* familienversichert privat krankenversichert nicht versichert

Mein Beschäftigungsverhältnis besteht/beginnt* Mein Ausbildungsverhältnis beginnt voraussichtlich*

am/seit* _____ bis* _____ als _____

Name des Arbeitgebers* _____ Betriebsnummer (falls bekannt) _____

Straße und Hausnummer* _____ Postleitzahl und Ort* _____

Ich habe Angehörige, die ich bei der AOK Bayern mitversichern möchte: ja nein

Ich beauftrage die AOK Bayern,

meinen Arbeitgeber über meine Kassenwahl zu informieren.

den Sozialversicherungsausweis für mich bei der Rentenversicherung zu beantragen.

die Rentenversicherungsnummer für mich bei der Rentenversicherung zu beantragen.

Die Rentenversicherungsnummer liegt vor:

Datenschutzhinweis/Zweckbestimmung:

Mit der Angabe Ihrer oben genannten Daten erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Vertriebspartner Herr/Frau diese zur Abrechnung mit der AOK Bayern verarbeitet und an die AOK Bayern übermittelt und dass die AOK Bayern dem Vertriebspartner den Beginn der Mitgliedschaft mitteilt. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V zum Zwecke der Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfeld eingerichtet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Bayern oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung (siehe Einwilligung im Anschluss an diesen Datenschutzhinweis). Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt in diesem Fall aufgrund Ihrer Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Wir benötigen für Ihre Einwilligung Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter www.aok.de/bayern/widerruf wahrnehmen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister (insbesondere zur Telefonie sowie die Erstellung und den Versand von Briefen) sein. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 (Tel. 089 22844050). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. unter datenschutz@by.aok.de.

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten bis auf Widerruf verarbeitet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Versicherten
(bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

BI-Nummer/Name, Vorname des AOK-Mitarbeiters _____

Geschäftspartnernummer
des Vertriebspartners _____

Original für die AOK Bayern

Einfach nah. Meine AOK.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice AOK Bayern
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

